

---

Ridde, Valéry. *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*

Montréal, Presses universitaires de Montréal, 2012

Gina Aït Mehdi.

---



**Édition électronique**

URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/18167>

DOI : 10.4000/etudesafriaines.18167

ISSN : 1777-5353

**Éditeur**

Éditions de l'EHESS

**Édition imprimée**

Date de publication : 6 juillet 2015

ISSN : 0008-0055

**Référence électronique**

Gina Aït Mehdi., « Ridde, Valéry. *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues* », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 218 | 2015, mis en ligne le 01 janvier 2015, consulté le 23 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/18167> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.18167>

---

Ce document a été généré automatiquement le 23 septembre 2020.

© Cahiers d'Études africaines

---

## Ridde, Valéry. *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*

Montréal, Presses universitaires de Montréal, 2012

Gina Aït Mehdi.

---

**RIDDE, Valéry. — L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues. Montréal, Presses universitaires de Montréal, 2012, 325 p., bibl., index.**

- 1 Quels sont les modes de financement des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest qui permettent aujourd'hui de cheminer vers un accès démocratisé aux soins médicaux ? À travers ce recueil d'articles — maintenant accessibles en français — Valéry Ridde apporte des réponses pragmatiques dans un contexte de revirement du discours des organisations internationales sur le financement de la santé en Afrique subsaharienne. L'auteur s'intéresse à la fois au bilan de l'application des politiques de paiement direct issues de l'Initiative de Bamako (IB) et aux stratégies plus récentes d'exemption de paiement des soins pour les usagers des services publics. L'épineuse question des modes de financement de la santé est donc au cœur de cet ouvrage qui confirme les doutes déjà anciens émis à propos des règles définies par cette politique (Desclaux 2007)<sup>31</sup>. Lancée en 1987 à la suite de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaire (1978), l'IB, conçue comme une réforme des politiques de financement du système de santé, devait en effet permettre d'atteindre les objectifs de « la santé pour tous d'ici l'an 2000 »<sup>32</sup> à partir de « la triade participation communautaire - recouvrement partiel des coûts (vente de médicaments essentiels génériques) - autofinancement partiel du fonctionnement des services » (p. 31). Le médicament générique avait alors été conçu comme la clé de voûte des modalités d'autofinancement des institutions de soins : « Au départ, un stock de médicaments essentiels génériques est offert par les bailleurs de

fonds au comité de gestion (issu de la population) du dispensaire. Ces médicaments doivent ensuite être vendus aux usagers avec une marge bénéficiaire. Cette marge, ajoutée aux paiements effectués par les usagers pour les consultations (paiement direct = frais aux usagers), permet de racheter le stock initial de médicaments et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services (primes aux personnels, réfection des bâtiments, etc.) » (pp. 17-18). Ce travail qui s'inscrit dans une ligne critique de l'application de cette politique s'oriente clairement en faveur de l'abolition totale du paiement direct.

- 2 L'ouvrage est organisé en trois parties : l'équité d'accès aux soins, le paiement des soins et l'accès aux soins des indigents (17 chap.). L'auteur présente des études de cas qui mettent au jour les modalités opérationnelles du financement de la santé dans plusieurs pays d'Afrique (mais principalement en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Niger, Bénin, etc.). Les processus d'application des politiques de financement et des interventions (par exemple, de projets pilotes) mises en place à l'échelle locale avec le concours d'ONG ou d'organisations associatives sont minutieusement décrits. La mise au jour de ces processus, qui avaient le plus souvent été relégués au second plan (ou impensés) par les États membres et les organismes internationaux lors de la théorisation des politiques de financement du système de santé (Ridde 2003)<sup>33</sup>, donne ainsi une base empirique solide à l'analyse des résultats obtenus. De même, pour parvenir à des données d'expertises rigoureuses, l'auteur mobilise un cadrage méthodologique et théorique à la fois issu de la santé publique — par exemple à travers la prise en compte de l'équité comme valeur centrale (*ibid.* 2013)<sup>34</sup> — et de la socio-anthropologie des actions publiques<sup>35</sup> en combinant des données quantitatives et qualitatives sans jamais tomber dans l'uniformisation des analyses. L'objectif est clairement de mettre à disposition un support de travail qui se veut sans complaisance sur les stratégies et les actions concrètes à adopter pour financer la santé pour tous.
- 3 La première partie de l'ouvrage expose un bilan clairement négatif de l'application des politiques de financement promues dans le cadre de l'IB. La persistance de l'inégalité devant les soins est un résultat univoque de la mise en œuvre du paiement direct alors même que cette dimension constituait l'un des chaînons central de cette politique. Ses applications n'ont donc pas permis de réduire les écarts devant l'accès aux soins (si elles ne les ont pas dans certains cas accrus par les effets de la tarification — chap. 1). L'étude menée sur le district sanitaire de Kongoussi au Burkina Faso (chap. 1) est, à ce sujet, représentative des conclusions présentées sur les effets de la tarification des soins médicaux. Le taux de fréquentation des centres de santé du district sanitaire est enregistré à la baisse à la suite de l'adoption du paiement direct qui devient un frein à l'accès aux soins notamment pour les personnes les plus démunies (p. 314). Il semble en effet que la lutte contre la marginalisation de l'accès aux soins ne soit pas une rhétorique partagée par tous et un combat qui fasse sens de manière univoque pour l'ensemble des acteurs investis à l'échelle locale. Les professionnels de soins et les comités de gestion<sup>36</sup> orientent leurs actions selon d'autres logiques. Les résultats de l'étude montrent en effet que les formations sanitaires auraient la capacité financière de prendre en charge « les indigents » (p. 82) sans pour autant s'y astreindre. Qu'il s'agisse de la fréquentation des services publics, de l'accès aux médicaments génériques (chap. 2) ou de l'utilisation des mutuelles de santé (chap. 3), une partie (variable) de la population en proie à des difficultés socio-économiques majeures reste donc exclue des institutions publiques de santé.

- 4 Ce bilan peu convaincant des mises en œuvre de la politique de financement de la santé issue de l'IB est une première étape critique qui permet d'envisager dans la suite de l'ouvrage d'autres stratégies de financement de la santé. Alors que les effets de cette politique trouvent une issue plutôt favorable « dans la gestion et la mobilisation des ressources financières, elle n'a pas permis de fournir un accès aux soins équitables » (p. 70). Le tournant (culturel) vers l'abolition du paiement direct soutenu par l'OMS et l'UNICEF est donc engagé à plusieurs échelles en Afrique de l'Ouest. Ridde propose d'étoffer les connaissances sur ce sujet en dressant un bilan de ces initiatives portant principalement sur l'exemption de paiement à l'intention des femmes et des enfants de moins de cinq ans. Une des questions centrales qui se pose au terme de ces réflexions est la suivante : l'abolition du paiement direct doit-elle (peut-elle) être envisagée seulement pour certaines catégories de la population ou pour l'ensemble des bénéficiaires de soins ? Les études menées montrent clairement que les politiques d'abolition du paiement direct mises en place au niveau national pour certaines catégories de population (ou certains actes de soins) — la subvention des accouchements (chap. 7) ou l'accès aux services de santé maternelle au Burkina Faso (chap. 8) et le financement des soins pour les enfants de moins de cinq ans au Niger (chap. 10) — influent sur une fréquentation accrue des services de santé. Cependant, dans ce contexte ouest-africain où l'application des décisions prises par les États est dépendante des institutions financières internationales, les solutions viables qui permettraient une généralisation des politiques de l'abolition du paiement direct pour tous restent malgré tout problématiques.
- 5 La complexité des mises en œuvre de l'abolition du paiement direct et de ses effets sur la gestion du système de santé est restituée dans cet ouvrage à travers la description des processus permettant le financement des soins au niveau national et/ou local. Les défauts de connaissances, de lignes politiques directrices et de communication rendent les résultats de ces initiatives variables ajoutant à cela l'influence du contexte socio-politique et économique des États. Au travers d'une perspective comparatiste, les modes d'engagement des acteurs et des groupes stratégiques impliqués (les acteurs gouvernementaux, les comités de gestion, les ONG, les professionnels de soins, etc.), les étapes de l'application des initiatives et les résultats/discussions sont présentés au lecteur avec l'intention de dégager des préconisations fiables. Au-delà des problématiques soulignées plus haut et liées à la capacité de financement de la santé par les États ouest-africains et des modalités pratiques de renforcement de ces politiques d'abolition du paiement direct au niveau national et international, les bénéfices de ces initiatives reposent essentiellement, selon l'auteur, sur leur mise en application : « Une fois la décision prise, c'est le processus qui détermine la réussite de l'intervention » (p. 202). Alors que ces initiatives (locales ou nationales) invitent globalement à constater une amélioration de l'accès aux soins — lorsqu'ils peuvent être financés totalement ou partiellement par le concours de l'État, de bailleurs de fonds, d'ONG/association (chap. 9), etc. —, ces études permettent de souligner d'autres dimensions, tout aussi capitales, qui devraient être prises en compte de manière urgente aussi bien dans les processus de mise en application des initiatives que dans les recherches sur leur applicabilité. La marginalisation dont sont l'objet les professionnels de soins et les acteurs communautaires dans les processus décisionnels et le manque d'intérêt accordé aux conceptions émiques des populations vis-à-vis des politiques de santé et des initiatives locales, constituent des lacunes majeures. De même, un accès démocratisé est-il la garantie d'une meilleure (ou constante) qualité de soins ? Peu

d'études sont menées sur l'application de ces politiques et leurs impacts sur la qualité des soins et l'accueil des bénéficiaires. Les conclusions de ces initiatives sont donc prudentes et les principaux risques exposés.

- 6 L'ouvrage se clôture par une dernière partie consacrée à l'universalisation de l'accès à la santé à partir d'études sur le financement des soins médicaux pour les populations les plus marginalisées du secteur de la santé : « les indigents ». L'exemption de paiement pour cette catégorie de bénéficiaires avait été prévue par l'IB mais force est de constater que ces décrets n'ont pas ou peu fait l'objet d'applications concrètes dans les différents États de la zone. Le problème reste donc entier et central du point de vue des objectifs d'équité devant l'accès aux soins. Ridde propose donc de se pencher sur de possibles stratégies qui permettraient d'engager un réel débat sur les conditions de réduction de la pauvreté face à la santé publique. À partir d'initiatives comme les fonds d'équité<sup>37</sup> (chap. 11) appliquées en Afrique subsaharienne mais d'abord expérimentées sur d'autres terrains (comme en Asie), l'auteur s'interroge sur les potentiels outils qui permettraient d'« organiser des systèmes d'exemption de paiement pour aider ceux qui n'ont pas les moyens de payer » (p. 235).
- 7 D'autre part, les articles proposés permettent de poser une question essentielle à propos de la lutte contre la marginalisation de l'accès aux soins de santé : Qui sont les « indigents » ? La réponse est déterminante. Elle suppose que des indicateurs fiables aient pu être cernés pour sélectionner les populations concernées afin de mettre en place des modalités pratiques de financement des soins. L'auteur conscient du caractère sensible que représente la définition de cette catégorie (dont les critères sont le plus souvent produits par des organisations extérieures) dans ce contexte de remaniements des politiques de financement de la santé discute la pertinence des outils à disposition pour permettre de cerner les populations les plus marginalisées. L'apport d'indicateurs issus des populations locales (par exemple à travers la sélection « des indigents » par les comités de gestion — chap. 13) semble une stratégie bénéfique pour permettre la pérennité de politiques d'exemption de paiement pour les « indigents ». Dans la pratique, même si certains projets recherches-actions permettent de souligner la nécessité de privilégier les modes de sélection (drastique) définie par les populations locales, il apparaît cependant que les professionnels de soins et plus largement les populations se sentent de manière générale peu concernés par la question de l'indigence telle qu'elle est supportée par les développeurs et les organismes internationaux. Ces analyses complètent en ce sens le bilan des politiques de paiement direct à propos de l'investissement frileux des formations sanitaires vis-à-vis des difficultés financières de certaines catégories de population à l'accès aux soins.
- 8 Cet ouvrage constitue un apport empirique sérieux sur les politiques globales de l'universalisation de l'accès à la santé. Il contient à la fois une source d'informations qui concerne l'état actuel des travaux sur le financement de la santé (plusieurs articles font d'ailleurs l'objet d'une revue de la littérature ; par exemple sur les fonds d'équité — chap. 13) et un bilan des processus d'application des politiques de financement et des initiatives contemporaines nationales ou locales. Ces travaux donnent également des pistes pour de futures recherches en santé publique ou en socio-anthropologie de la santé. Il s'agirait à mon sens de poursuivre les réflexions actuelles sur les logiques qui sous-tendent les actions des professionnels de soins au niveau local à travers l'étude de(s) culture(s) professionnelle(s) au sein des services publics (Jaffré 1993)<sup>38</sup> ou d'engager des études qualitatives de plus longue durée sur les réceptions de ces

politiques par les bénéficiaires de soins des services publics. Aussi, même si l'auteur souligne à juste titre la nécessité de poursuivre des analyses sur les dynamiques processuelles qu'il considère comme la clé de la réussite des initiatives de financements de la santé, il serait également judicieux de rendre encore plus visibles/lisibles les acteurs qui sont directement concernés par ces changements dans le secteur de la santé : les professionnels de soins et les bénéficiaires. Cette dimension me paraît essentielle pour comprendre les résultats de ces initiatives et construire les stratégies futures à engager. Enfin, l'expertise critique développée dans cet ouvrage sur les politiques de financement du système de santé en Afrique de l'Ouest ne prend parfois pas l'ampleur et le recul qu'on lui voudrait à propos de la promotion de la santé pour tous. Comme Lupton (1992)<sup>39</sup> le suggère, il serait enrichissant pour de futures investigations de mettre en relation le discours des acteurs avec la dimension idéologique des politiques liées à l'universalisation de l'accès aux soins. Cet éclairage permettrait d'interroger plus clairement les enjeux de pouvoirs à l'échelle locale, nationale et internationale qui sont engagés autour de « la santé globale ».

---

## NOTES

31. A. DESCLAUX, « Accès aux soins en Afrique : un changement de culture ? », *Bulletin Amades*, 70, 2007.

32. « La santé pour tous en 2000 » est un projet porté par l'OMS dès 1977 lors de la trentième assemblée mondiale de la santé. L'objectif était « de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie sociale et économique productive » (OMS, « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », série « santé pour tous », n° 3, 1981, <<http://libdoc.who.int/publications/9242800031.pdf>>).

33. A. P. NITIÈMA, V. RIDDE & J. GIRARD, « L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays d'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso », *International Political Science Review*, 24 (2), 2003, pp. 237-256.

34. O. M. SAMB, V. RIDDE & L. QUEUILLE, « Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? », *Tiers-Monde*, 215, 2013, pp. 73-91.

35. J.-P. OLIVIER DE SARDAN, « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes », *Anthropologie et Santé*, 1, 2010, <<http://anthropologiesante.revues.org/86>>.

36. L'un des objectifs de l'IB était de promouvoir la gestion — organisationnelle et financière — par les populations. Des comités de gestion ont donc été créés (comme au Burkina Faso) qui doivent notamment gérer les fonds issus du paiement direct.

37. Les fonds d'équité ont été mis en place en 2000 au Cambodge. Les soins des usagers dont la situation socio-économique est la plus précaire sont financés par une organisation extérieure. Celle-ci identifie cette population et paie les soins aux services de santé (p. 224).

- 38.** A. PRUAL & Y. JAFFRÉ, « Le corps des sages-femmes : entre identité professionnelle et sociale », *Sciences sociales et santé*, XI (2), 1993, pp. 63-80.
- 39.** D. LUPTON, « Discourses Analysis : A New Methodology to Understanding the Ideologies of Health and Illness », *Australian Journal of Public Health*, 16, 1992, pp. 144-150.